UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 15

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ŒDÈME INFECTIEUX

DU NOURRISSON

(Étude Clinique, Étiologique et Pathogénique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1911

PAR

Victor GEORGIEWSKY

Né à Zadonsk (Russie), le 3 mars 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse BAUMEL, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
LAGRIFFOUL, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ŒDÈME INFECTIEUX DU NOURRISSON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 15

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ŒDÈME INFECTIEUX

DU NOURRISSON

(Étude Clinique, Étiologique et Pathogénique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1911

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Victor GEORGIEWSKY

Né à Zadonsk (Russie), le 3 mars 1883

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse : BAUMEL, Professeur, *Président.* ESTOR, Professeur, LAGRIFFOUL, Agrégé, RICHE, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. BAUMEL, *Président.* | MM. LAGRIFFOUL, *Agrégé.*
ESTOR, *Professeur.* | RICHE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

V. GEORGIEWSKY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ŒDÈME INFECTIEUX
DU NOURRISSON

(Étude Clinique, Étiologique et Pathogénique)

INTRODUCTION

Les œdèmes du nourrisson, bien distincts de l'œdème du nouveau-né, sont divisés par les classiques en œdème rénal, cardio-vasculaire, infectieux, toxique et nerveux.

L'œdème infectieux reconnaît suivant le cas une origine complexe et dans une revue générale assez récente d'Astros leur reconnaissait comme causes : une infection aiguë (suppuration) ou une infection broncho-pulmonaire, ou une entérite, ou l'hérédo-syphilis.

Quant à la façon dont ces différentes causes sont en rapport avec l'œdème, on peut, avec Hutinel, distinguer suivant les cas :

1° Un œdème purement local d'infection ;

2° Une œdème relié à la néphrite qui peut accompagner toute infection ;

3° Un œdème plus ou moins généralisé sans albuminurie et soigné par les anciens auteurs : œdème ou anasarque idiopathique.

En réalité, comme on pourra s'en rendre compte par quelques observations de notre thèse, il est des cas nombreux dans lesquels les diverses causes invoquées par les auteurs et envisagées plus haut se combinent pour donner naissance à l'œdème chez un nourrisson.

Les différentes modalités d'œdème que ces causes peuvent déterminer ne sont pas elles-mêmes sans s'imbriquer et s'enchevêtrer les unes les autres, au point qu'on ne sait à quel facteur attribuer l'œdème que l'on constate et établir d'une façon précise à quelle forme on a affaire.

En choisissant pour sujet de notre thèse cette question des œdèmes des nourrissons, nous n'avons pas voulu en refaire l'étude, ni en parfaire les descriptions.

Il nous suffira, à l'occasion d'une observation d'un cas un peu particulier concernant un petit malade du service de notre maître M. le professeur Baumel, de rappeler les données générales de la question qui nous occupe.

Nous tâcherons, à l'aide de cette observation que MM. Maillet, chef de clinique, et Gueit, interne du service, ont bien voulu nous communiquer, d'établir le rôle nosologique de ces œdèmes complexes dans la pathologie du nourrisson.

Nous avons divisé notre travail en plusieurs chapitres :

Dans un premier article nous envisageons le côté historique de la question et retirons de ce chapitre l'idée de confusion où, jusqu'à ces dernières années encore,

étaient les cliniciens dans cette étude des œdèmes simples et infectieux.

Dans un deuxième chapitre nous faisons une étude rapide de l'aspect clinique des œdèmes que nous étudions et en montrons les causes les plus directes.

Nous étudions ensuite à la clarté de ces données la pathogénie qui les régit et le traitement qui en découle.

Nous avons émaillé notre étude d'exemples nombreux empruntés aux auteurs les plus réputés qui se sont occupés de la question.

L'observation inédite du petit malade que nous avons pu observer dans le service de notre maître a été accompagnée de quelques commentaires que MM. Maillet et Gueit nous ont inspirés à l'occasion de ce cas.

Mais avant d'entrer dans le cœur de notre sujet nous avons un devoir à remplir, devoir de reconnaissance envers cette Faculté de Montpellier qui nous a accueilli avec tant de bonté et est devenue pour nos années d'étude une patrie d'adoption.

En retournant chez nous nous emporterons d'elle et des maîtres qui y enseignent un souvenir profond de reconnaissance, une éternelle amitié.

Nous remercions tout particulièrement M. le professeur Baumel, qui a eu la bienveillance d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il soit assuré de l'honneur que nous en éprouvons et daigne recevoir l'expression de la vive reconnaissance d'un élève au Maître bien estimé.

Nous garderons un excellent souvenir de M. le professeur Estor, dont nous avons suivi le service avec grand profit.

MM. les professeurs agrégés Lagriffoul et Riche ont également droit à notre gratitude pour leur bienveillance à notre égard.

Nous nous souviendrons toujours de l'enseignement utile que nous avons puisé à leurs consultations, toujours si intéressantes, de l'Hôpital Général.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« Chez les enfants débiles et misérables qui peuplent les hospices des enfants trouvés ou les maternités, qu'ils soient prématurés ou atteints d'une maladie congénitale, on est exposé à rencontrer des modifications particulières de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, qu'on a décrites sous les noms d'*œdème* ou de *sclérème* des nouveau-nés » (Comby).

Ces deux termes d'œdème et de sclérème, si différents l'un de l'autre et que des travaux récents ont bien individualisés, ont été, durant de longues années, considérés comme une affection unique et indivisible. Cette idée confuse que les auteurs se faisaient de la chose tenait à une fausse interprétation des observations partout citées d'Uzembezius et d'Underwood. Cette confusion de termes et de mots a persisté longtemps encore, et les

travaux de Parrot, Depaul et d'autres n'ont pu la dissiper.

Il n'y a guère plus d'un siècle à un siècle et demi que l'on parle d'*endurcissement du tissu cellulaire* chez le nouveau-né. Cependant, Jean-André Uzembezius, dès 1718, a rapporté une belle observation de sclérème, copiée ensuite par Schuringius : « L'enfant né avant terme était semblable à un morceau de viande desséché. » Ce n'était certes pas là une forme œdémateuse, on ne pouvait parler d'infiltration séreuse du tissu cellulaire. Uzembezius avait été frappé par l'aspect parcheminé, desséché des téguments, il y avait là un caractère d'incompatibilité avec l'œdème. La pathogénie qu'en donnait l'auteur n'était pas moins originale puisqu'il pensait que, durant sa grossesse, la mère de l'enfant avait dû être impressionnée par la vue d'une statue de pierre.

Underwood, élève du docteur Deuman (de Londres), mit à profit les leçons que son maître professa à l'hôpital de Middlesex, et dans son Traité des maladies de l'enfance de 1784 publia quelques cas analogues.

C'est à Underwood, en effet, que nous devons la première bonne description du sclérème des nouveau-nés.

D'après lui, l'endurcissement du tissu cellulaire se montrerait dans les dix jours qui suivent la naissance ; il atteint surtout les enfants pauvres, qui souffrent de troubles digestifs. Le 4e jour, la peau ressemble à de la cire molle ; le 2e jour, les chairs deviennent dures et résistantes, la peau offre les mêmes caractères que celle d'une personne qui serait morte pendant une très forte gelée ; le 3e jour, le tissu cellulaire est si dur que la peau ne peut plus glisser sur les muscles ; le 4e jour, tout le corps est envahi ; le 5e jour, l'enfant est froid ; le 6e jour,

il crie, il pousse des gémissements ; le 7e jour, il est moribond. Après la mort, en sectionnant la peau, on ne trouve pas trace de liquide.

Franchement, une telle description ne peut laisser de doute sur la maladie que voulait caractériser le médecin anglais et il n'a pu s'agir là d'autre affection que du sclérème. C'en est même un cas typique. Il est difficile de comprendre comment des cliniciens, comme Andry qui professait aux Enfants trouvés et observait des cas d'œdèmes, aient pu confondre ce sclérème, endurcissement de la peau et du tissu cellulaire, sans gonflement, avec l'infiltration séreuse des téguments, forme d'hydropisie sous-cutanée que représente l'œdème?

Cette confusion fut établie cependant et si bien dans les ouvrages classiques, que de nos jours encore on voit certains traités étudier ensemble ces deux maladies si différentes l'une de l'autre.

Chose curieuse, les observations publiées ultérieurement à Underwood n'ont trait qu'à des cas d'œdème de nouveau-né plutôt qu'à des faits de sclérème. A ce moment cette question paraît passionner les auteurs et les médecins d'enfants. Les observations s'accumulent, les descriptions se complètent, les travaux s'échafaudent, sans que toutefois les auteurs mettent grande différence dans les termes qu'ils emploient, et tour à tour l'œdème qu'ils ont surtout en vue est nommé infiltration séreuse, endurcissement cellulaire, sclérème, etc.

C'est ainsi que Doublet, en 1785, dans le *Journal de médecine*, Andry (1785), Auvity (1788), Troccou (1814), dans sa thèse, Leger (1823), Denis (1824), Liberali (Padoue 1818), Blache (1834), Valleix dans son Traité de clinique des maladies des enfants, Billard, Bouchut, L. Somma (1815), G. Somma (1892) n'ont pas apporté,

malgré leurs longues descriptions, de distinction nette et précise entre ces deux maladies. Jusqu'à eux, la confusion persiste et leurs travaux n'y portent que peu d'éclaircissements.

Billard dans un article de son traité donne la définition suivante : « On dit ordinairement qu'un enfant est dur ou endurci lorsque ses membres ou sa face gonflés, et plus ou moins colorés, opposent au toucher une résistance analogue à celle qu'on éprouve en pressant un corps dur et compact. Andry et Auvity ont soutenu que le tissu cellulaire endurci offrait, à l'incision, une grande quantité de sérosité remplissant ses mailles et s'écoulant par la pression. Le tissu infiltré conserverait son élasticité, sa souplesse, sa cellularité ; mais comme la toile cellulaire des membres et du tronc est distendue par les liquides, il en résulte une dureté au toucher. La dureté serait proportionnelle à l'accumulation de sérosité. »

Voilà bien posée la confection des termes. Il n'y aurait donc pas en réalité, d'après Billard, d'endurcissement du tissu cellulaire, de sclérème. « D'ailleurs, dit Comby, le tissu adipeux lui-même peut se figer sous l'influence du froid, comme il se fige sur le cadavre. »

Breschet fait analyser par le chimiste Chevreul cet œdème. Il croit à une nature spéciale, mais comme les enfants examinés étaient ictériques en même temps, les conclusions du chimiste perdent de leur valeur, et n'ont d'ailleurs rien de formel.

Cependant des recherches intéressantes étaient faites. Billard a montré que le sérum des enfants œdémateux se coagulait spontanément et de la même façon que celui des enfants sains. Cette coagulation ne se produit pas dans le tissu cellulaire. « Si l'on incise, dit-il, les membres infiltrés d'un enfant, on peut, par la plus légère pression,

exprimer du tissu cellulaire la sérosité qui s'écoule en gouttelettes abondantes et liquides. Quand elle s'est écoulée de la sorte, le tissu cellulaire qu'elle engorgeait, dont elle distendait les cellules, et qu'elle rendait dur en apparence, reprend sa mollesse et sa laxité, et les membres dégorgés cessent d'être durs. J'ai répété cette expérience avec succès devant M. Chevreul sur un fœtus ictérique et dur en même temps, et dont le cadavre offrait tous les caractères de ceux sur lesquels ce célèbre chimiste avait fait ses premières recherches. J'ai tenu, en outre, suspendu par la tête pendant une nuit le cadavre d'un enfant dur, sur les jambes et les pieds duquel j'avais fait un grand nombre de mouchetures. Le lendemain, ces parties ainsi perforées étaient couvertes d'une véritable rosée de sérosité qui s'était écoulée spontanément. Or la sérosité n'eût pas de la sorte obéi aux lois de la pesanteur et ne se fût pas aussi librement écoulée, si elle avait été concrétée au milieu du tissu dont elle remplissait les mailles.

« Il semble, ajoute-t-il, des considérations et des faits qui précèdent, que l'endurcissement du tissu cellulaire des nouveau-nés n'est autre chose qu'un œdème simple, tout à fait analogue à celui qui survient chez les adultes et les vieillards affectés de maladies du poumon, du cœur ou des vaisseaux. »

On voit que l'opinion de Billard est catégorique, qu'il considère le sclérème comme un œdème, comme une simple infiltration séreuse du tissu cellulaire, laquelle est symptomatique d'un trouble ou d'un obstacle quelconque au cours du sang dans le cœur, le poumon ou les vaisseaux.

Parrot dans ses leçons sur l'athrepsie repousse la confusion du sclérème avec l'œdème dont n'ont pu se défen-

dre Andry, Auvity, Chambon, Capuron, Denis, Billard, Valleix, Bouchut, etc. En 1873, le docteur Clementowski (de Moscou) avait ébauché dans un mémoire la distinction que devait accentuer Parrot.

Parrot admet la possibilité de coexistence des deux maladies; mais pour lui le sclérème est intimement lié à l'athrepsie. « La peau, loin de fournir des plis, se tend, au contraire, et sa surface devient remarquablement unie : elle perd toute sa souplesse et il est absolument impossible de la séparer des parties sous-jacentes avec lesquelles il semble qu'elle ne fasse qu'un seul et même tissu. Cela commence par les membres inférieurs : la région lombaire est ensuite envahie, puis le tronc en arrière, et finalement la surface du corps entier, la face y compris. Chaque jour on voit la tension et la dureté de la peau faire des progrès, et bientôt on a, lorsqu'on la touche, la sensation que donne du cuir. On dirait que toutes les parties molles sont figées et que l'on a sous les yeux un corps de bois ou de marbre. En les comprimant avec le doigt on n'y détermine aucune dépression. En même temps, leur teinte devient légèrement bleuâtre ou livide ; et, n'étaient certains mouvements que l'on observe encore, on croit avoir sous les yeux un cadavre. Par le fait de cette rigidité, les membres restent étendus et immobiles, ne pouvant plus se fléchir au niveau des articulations. L'enfant est tout d'une pièce, il reste dans la position horizontale, en équilibre, quand on le met sur le bord radial de la main. Quand la face est envahie, la raideur des lèvres et des parois buccales rend la succion et la déglutition impossibles, Il faut sans exception, ajoute Parrot, regarder comme un résultat de l'athrepsie confirmé cet endurcissement du nouveau-né, où les

muscles et les tissus cellulaires et adipeux sont engagés tout autant que la peau. Jamais je ne l'ai vu se développer en dehors d'elle. »

Il y a donc bien loin de cette description à celle qu'en donnaient les anciens auteurs qui voulaient que cet endurcissement s'accompagnât d'infiltration séreuse qui eût suffit à le ramollir.

Depaul professe la même opinion que Parrot et il s'exprime ainsi dans son article « nouveau-né » du dictionnaire Dechambre : « L'œdème, c'est l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané; le sclérème, c'est un amaigrissement spécial de la peau avec modification telle, qu'elle devient dure et rigide. Ces deux affections ont été généralement confondues, mais il faut enfin nettement les séparer. »

Le clinicien anglais Ballantyne exprime que l'œdème des nouveau-nés est un œdème sous-cutané, entièrement comparable à celui des adultes et dû aux mêmes causes, tandis que le sclérème est une affection particulière, *sui generis*, probablement de nature tropho-névrotique.

Malgré ces auteurs et leurs descriptions si claires et si précises, G. Somma, au Congrès de Naples, en 1892, maintient la confusion : Le sclérème est pour lui une névrose des centres thermiques propre au nouveau-né, d'où peut résulter, avec un abaissement rapide et progressif de la température du corps, ou l'infiltration œdémateuse du tissu cellulo-adipeux sous-cutané, ou son induration, ou l'association des deux lésions.

Il semblait donc qu'on dût désespérer de jamais voir établir la place nosologique de l'une et de l'autre maladie.

Cependant, les travaux contemporains ont montré ce

qu'il y avait d'erroné à prétendre confondre en une même description deux maladies si différentes.

Les travaux de Lascols, D'Astros, Comby et Marfan, les publications d'Hutinel ont montré le bien-fondé d'une étude spéciale des œdèmes chez le nouveau-né et les enfants plus âgés, complètement distincte de l'étude du sclérème qui, Parrot l'avait dit, reste une manifestation de l'athrepsie.

Non que, chez les athrepsiques, les débilités ou les prématurés, on ne puisse voir apparaître des œdèmes qui, eux aussi, peuvent, jusqu'à un certain point, se rattacher aux manifestations athrepsiques !

Mais il est tout un groupe d'œdèmes bien mis en lumière par les travaux de D'Astros et d'Hutinel, que Valleix lui-même avait cherché à distinguer des œdèmes ou endurcissements des enfants nouvellement nés, c'est le groupe des œdèmes infectieux qui, par leurs causes comme par leur symptomatologie et leur évolution, méritent une place à part.

L'œdème, chez le nouveau-né comme chez les enfants plus âgés et chez les adultes, est constitué par l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané.

La présence de pus ou de microbes pyogènes en fait un œdème infectieux.

C'est de ceux-ci que nous voulons nous occuper et nous y distinguerons :

1° Les œdèmes aigus simples aggravés ;

2° Les œdèmes infectieux aigus d'emblée.

Nous verrons ensuite que leurs causes peuvent être diverses, mais que, toutes, elles ont ce caractère commun, d'être dues à un microbe pyogène ou à un bacille : ce sont donc bien *des œdèmes infectieux*.

Nous verrons, d'autre part, que ces œdèmes, au point

de vue de leur évolution, peuvent donner naissance à des formes *septicémiques* à allures foudroyantes, *septico-pyohémiques* et *pyohémiques* de gravité moindre, mais d'un pronostic toujours sévère lorsqu'elles surviennent chez des débilités ou des affaiblis.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

I. — Symptômes.

Certains œdèmes chez le nouveau-né relèvent d'une infection aiguë de nature septicémique.

Dans un grand nombre de cas, les choses se passent ainsi : Un débile, un prématuré présente de l'œdème simple. Survient chez lui une infection septique à laquelle il est, en tant que débile, particulièrement prédisposé. Cette infection surajoutée retentit sur les reins, dont les fonctions d'élimination sont troublées. Une condition nouvelle s'ajoute au déterminisme antérieur de l'œdème : l'œdème simple est devenu un *œdème aggravé*. C'est ainsi, dit D'Astros, que s'aggrave un ictère simple sous l'influence d'une cause infectieuse.

La reconnaissance de ces œdèmes aggravés est difficile pendant quelques jours. Au début, c'est en effet le tableau

de l'œdème simple que l'on observe. De l'intensité même de l'œdème on ne peut rien induire pour le diagnostic qui nous occupe.

Certains caractères objectifs doivent retenir et davantage éveiller l'attention : telles sont la blancheur, la mollesse excessive de l'œdème.

La persistance de cet œdème au delà de certaines limites, surtout chez un nouveau-né dont le poids n'est pas notablement au-dessus de la normale, est encore plus suspecte.

Et lorsque, même chez un prématuré, réchauffé en couveuse et alimenté, au lieu de la régression normale que l'on est en droit d'espérer au bout de quelques jours, on voit l'œdème persister, s'étendre, se généraliser quelquefois, il y a lieu de rechercher un état morbide surajouté à l'état de débilité de l'enfant.

Il y a lieu alors d'examiner avec soin les voies d'entrée possibles d'infection, l'ombilic, la peau, les muqueuses nasale et buccale, les voies respiratoire et digestive. Enfin l'examen des urines importe au premier chef. Il se peut qu'à un degré minime le trouble des fonctions rénales ne porte que sur l'élimination chlorurée et soit par suite bien difficile à affirmer chez le nouveau-né. Mais, dans bien des cas, il se traduit par une véritable albuminurie et la constatation d'une quantité même légère d'albumine dans l'urine ne peut plus laisser de doute sur la nature de ces œdèmes aggravés.

Dans une autre série de faits, l'origine infectieuse, purement infectieuse de certains œdèmes, apparaît plus nettement, dans ce sens qu'il n'ont pas le début précoce de l'œdème simple et qu'ils précèdent, accompagnent ou suivent de près le développement de quelque infection chez le nourrisson de quelques semaines.

L'hydropisie qui se manifeste dans ces conditions a le plus généralement une marche aiguë. Ordinairement précédée de symptômes généraux peu intenses, tel qu'un sentiment de malaise, d'accablement que l'on note avec un peu d'habitude sur les traits du petit malade, des vomissements, parfois de la diarrhée, des urines rares et troubles, etc., elle ne s'annonce pas toujours en premier lieu dans les parties les plus déclives et les plus éloignées du centre circulatoire, comme les pieds ou les mains ; quelquefois c'est la face qui s'infiltre la première. Les jours suivants, elle gagne de proche en proche les régions voisines, occupe ainsi tous les membres et la face, et gagne ensuite le tronc. En même temps qu'elle gagne en étendue, elle augmente et soulève de plus en plus la peau, de manière à produire un gonflement qui peut être énorme. Celui-ci varie beaucoup d'ailleurs quant à son degré, suivant les parties du corps. Il est plus considérable dans les régions où le tissu cellulaire est lâche et lamelleux. Ainsi à la face où elle gonfle tellement le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux que les paupières ne peuvent plus s'écarter et mettre l'œil à découvert ; enfin, dans d'autres cas, le volume du scrotum, du pénis, des lèvres de la vulve, est augmenté d'une manière effrayante. La peau luisante et tendue, amincie est prête à se rompre. L'œdème y transparaît liquide. Au dos des pieds et des mains, l'enflure, plus sensible qu'à la région plantaire ou palmaire, détermine ordinairement une saillie ovalaire, limitée par les ligaments annulaires du tarse et du carpe.

Les symptômes locaux ou généraux de cette espèce d'anasarque sont très différents de ceux que l'on observe dans les hydropisies passives ou mécaniques. En effet, l'enflure est rénitente au toucher et conserve moins

longtemps l'impression du doigt qui n'est bien manifeste qu'autant qu'on déprime fortement les ligaments ; elle se répand plus régulièrement dans les diverses parties du corps, n'en occupe que rarement une petite étendue et n'obéit pas aussi sensiblement aux lois de la pesanteur que dans les hydropisies symptomatiques.

La peau offre généralement une élévation de température très appréciable, bien que modérée ; elle est même assez souvent colorée et marbrée, parfois moite au toucher.

Dans la plupart des cas, le pouls est fébrile, c'est-à-dire sensiblement plus fréquent et plus développé qu'à l'état de santé ; cependant qu'à un état avancé il perde tout caractère pour devenir petit et incomptable, disparaissant sous l'œdème du poignet.

La température peut être normale ou augmentée, rarement elle est au-dessous de 36°5, facteur important de diagnostic d'avec l'œdème simple qui est le plus souvent hypothermique.

Il y a de la soif, qui paraît plutôt en rapport avec la fièvre qu'avec l'œdème lui-même ; les urines sont rouge foncé et rares.

Tels sont les symptômes de l'œdème infectieux aigu, tant qu'il n'occupe que le tissu cellulaire des régions extérieures.

Heureusement il s'arrête à ce degré dans la plupart des cas et n'envahit pas les cavités séreuses splanchniques. Cependant, dans l'observation que nous publions de MM. Maillet et Gueit, la ponction lombaire, faite à cette période par M. Gueit, leur a montré que l'œdème s'était déjà propagé aux méninges ; l'autopsie, pratiquée à quelques jours de là, n'a fait que confirmer l'existence

d'un œdème séreux pie-mérien (analyse du liquide céphalo-rachidien faite par M. Mestrezat).

Après être resté un petit nombre de jours à cette période d'état, on voit l'œdème diminuer et abandonner successivement les différentes parties du corps dans un ordre inverse de celui suivant lequel elles se sont infiltrées.

En même temps, et même avant le déchirement de l'anasarque, les symptômes locaux et généraux qui annonçaient un état inflammatoire subaigu, diminuent et disparaissent ; la sécrétion rénale reprend son activité et élimine le sérum qui est rentré dans le torrent circulatoire. D'autres fois, on constate des sueurs profuses ou une diarrhée qui contribue également à la guérison.

Mais l'œdème aigu infectieux n'est pas toujours aussi bénin. Il peut s'étendre aux cavités séreuses, aux organes essentiels de la vie, et peut amener la mort. Cette fin peut aussi survenir si, infectieux, l'œdème suppure, prenant ainsi les allures d'une septico-pyohémie dont le pronostic est toujours fatal.

Voici quelques exemples démonstratifs que nous empruntons à D'Astros, nous y joindrons l'observation que MM. Maillet et Gueit nous ont communiquée.

Observation I

(D'après D'Astros. — Résumée.)

Chez un enfant de deux mois, on observe quelques signes d'infection bronchique en même temps qu'un écoulement d'oreille, conséquence d'une infection du

cavum ; il existe chez lui une bouffissure de la face intermittente et l'examen de l'urine dénote l'existence d'une abondante quantité d'albumine. Le tout guéri en quelques jours.

Observation II

(D'après D'Astros. — Résumée.)

Un enfant, né le 1er mars, entre dans son service le 14, porteur de brûlures des pieds d'origine inconnue et d'une suppuration de l'ombilic. Pas d'œdème. Sous l'influence du traitement, les plaies des pieds se cicatrisent, mais l'ombilic continue à suppurer.

Le 15 mai (l'enfant a donc 1 mois 1/2), on remarque une bouffissure de la face et du dos de la main droite ; pas d'albumine dans les urines. Peu après, autour de l'ombilic, toujours suintant, se forme une induration qui augmente. Un stylet introduit par le pertuis ombilical conduit dans un abcès, qu'on ouvre largement ; une contre-ouverture est bientôt nécessaire au point le plus déclive, pour drainer ce large abcès ombilical. L'œdème disparaît, mais l'enfant succombe en état de septicémie. A l'autopsie, la cavité de l'abcès, qui s'étend au-dessus et au-dessous de l'ombilic, est limitée en arrière par le fascia transversalis; cependant dans la région des adhérences unissent l'intestin et le péritoine pariétal. Les lobes inférieures des deux poumons sont hépatisés.

Observation III

(D'après D'Astros. — Résumée.)

Chez un bébé de six semaines se produit de la bouffissure de la face, suivie deux jours après d'un œdème mou de la jambe gauche ; l'auscultation fait constater une respiration soufflante du poumon gauche. Il y a de l'albumine dans les urines.

Observation IV

(Due à l'obligeance de MM. Maillet et Gueit.)

B. Elie, âgé de 2 mois. Père et mère inconnus. Nous est envoyé de la crèche de la maternité à la date du 28 janvier.

Cet enfant, né à terme et bien constitué, a été nourri à la bouteille jusqu'à ces jours derniers ; tout allait bien lorsqu'il a été pris de vomissements et de diarrhée. Les premiers jours l'enfant n'a que peu augmenté, et à l'heure actuelle il dépérit chaque jour.

L'enfant est bien éveillé, son cri est bon. Son ventre est un peu gros. Les selles sont jaunes liquides et mêlées de grumeaux.

A l'auscultation du poumon on relève à gauche des lésions de bronchite. A droite il n'y a que quelques râles. Looch au benzoate de soude, potion à l'eau de chaux.

Le 25 février, l'enfant présentant une hypothermie marquée est mis en couveuse. On prescrit le collutoire au

borate de soude pour prévenir le muguet : la langue est rouge vif. Les signes de bronchite persistent.

On note l'existence d'une hydrocèle à droite avec testicule en arrière. L'enfant a encore perdu du poids dans ces derniers jours. Ne vomit plus.

27 février. — Son ventre est gros avec tympanisme très marqué. Il n'y a pas d'ascite. Il n'y a plus de diarrhée. Le poids total aurait un peu augmenté. La bronchite diminue. On continue le lait toutes les deux heures, la potion à l'eau de chaux et le looch. On fait respirer à l'enfant un peu d'oxygène.

3 mars. — Brusquement l'enfant est de nouveau très abattu. Sa respiration est pénible, son cri est plaintif. Il présente dans le cuir chevelu, au niveau du pariétal gauche, un œdème mou, dépressible, rouge violacé.

10 mars. — ŒEdème s'étend, le front est tuméfié. La respiration devient presque insensible, inspiration se faisant à de longs intervalles. Le thorax non œdématié est sonore partout. La respiration est un peu sifflante à droite et en arrière. Il est apparu un petit bouton avec pus au niveau de la partie moyenne du pariétal gauche. Le cri est étouffé, plaintif, le pouls est petit. La température est montrée brusquement en deux jours. Yeux sont fermés. La paupière gauche est tuméfiée par l'œdème. Les extrémités sont froides et sèches.

11 mars. — Ponction du petit abcès du cuir chevelu. M. le professeur Euzière y décèle la présence de staphylocoques. On note des sous-crépitants à droite, mais pas de liquide dans les plèvres. Toujours pas d'ascite, pas d'œdème des membres inférieurs. L'œdème du cuir chevelu s'étend à l'autre hémicrâne.

Cependant l'enfant boit bien, progresse de poids. La température reste élevée avec des oscillations.

Les bruits du cœur sont mous à gauche avec un léger souffle au premier temps à la pointe.

Au cœur droit, les bruits sont énergiques. Le foie n'est pas gros.

12 mars. — Le petit abcès fait du décollement et s'étend à tout le crâne, qui, très œdématié, se marbre de traînées bleues et rouges violacées.

Dans la soirée, le pus s'écoule spontanément mêlé à des stries roussâtres et rouges sanguinolentes.

13 mars. — La ponction lombaire amène un liquide clair, légèrement hypertendu, dans lequel M. Mestrezat dénote une hypoalbuminose très marquée, indice d'un œdème séreux.

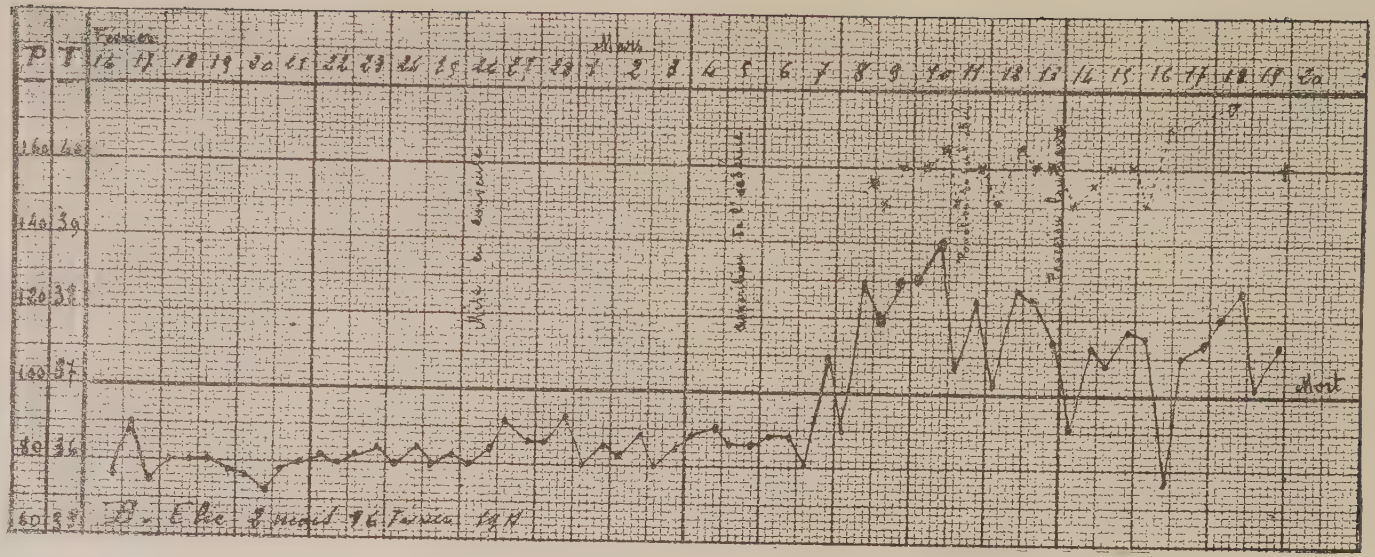
« Le culot envoyé est composé presque uniquement de cristaux et de débris cellulaires altérés au milieu desquels se retrouvent quelques hématies. Il n'y a sûrement pas réaction leucocytaire. Les cristaux de débris cellulaires sont probablement des produits de souillures secondaires à la ponction » (Euzière).

L'urine examinée ne présente pas d'albumine. L'œdème diminue.

15 mars. — Même état ; l'enfant toujours en couveuse conserve son crâne et sa face œdématiés. L'œdème fuse dans le dos entre les deux omoplates. Les membres restent indemnes. L'enfant n'urine presque pas.

17-18 mars. — L'abcès du cuir chevelu s'étend et se vide de lui-même d'un liquide sanieux, fétide et purulent. Les cris de l'enfant sont peu perceptibles. Sa respiration, des plus superficielles, est à peine perceptible ; ses mains et ses pieds se cyanosent.

L'auscultation montre des râles disséminés aux deux poumons en arrière et de l'obscurité respiratoire aux bases. L'enfant meurt dans la nuit du 19 au 20 mars.


P
T
Février
Mars
Mort

A l'autopsie, qui fut pratiquée le lendemain, nous trouvions, en plus de l'œdème qui recouvrait tout le crâne et une partie du visage, un décollement étendu du cuir chevelu par un pus sanieux et fétide.

Du côté du cerveau on notait un peu de congestion et d'œdème des méninges.

Il n'y avait pas de thrombose des sinus ni de compression des jugulaires. Au poumon on notait des lésions de broncho-pneumonie avec atélectasie pulmonaire. Il n'y avait pas de liquide dans les plèvres ni d'ascite dans le péritoine. Le foie était normal.

Le cœur était un peu dilaté à droite.

Les reins, normaux, ne présentaient aucune lésion.

A l'intestin nous ne trouvions aucune trace appréciable de lésion de ses parois.

Comme on le voit par cet exposé du cas, cette observation est intéressante par plus d'un point.

Nous voyons qu'il s'est agi chez cet enfant d'un complexus morbide où l'œdème, quoique primordial, n'a point été le fait essentiel.

A côté de l'œdème et le précédant, nous notons chez notre petit malade des troubles nets de gastro-entérite, des traces de plus en plus marquées de broncho-pneumonie.

Si nous ajoutons à ces faits que ce petit être dépérissait de jour en jour et que, normal au début, nous l'avons vu s'athrepsier peu à peu, nous conviendrons qu'il y avait là un terrain tout préparé à l'ensemencement microbien, un état d'infériorité organique marqué.

C'est aussi sur ce terrain ainsi mal défendu que nous voyons évoluer l'œdème infectieux du cuir chevelu.

Et il ne s'est pas agi d'un œdème purement local, auquel peut donner naissance un abcès vulgaire.

Comme le montre l'observation, l'œdème a précédé l'abcès, et, lorsque celui-ci s'est formé, l'œdème était déjà généralisé à tout le cuir chevelu, il fusait en arrière entre les épaules.

Nous avons ainsi eu affaire à une vaste infiltration des téguments sans que la généralisation soit totale.

En outre, la ponction lombaire et la nécropsie ont montré que l'œdème séreux s'était étendu aux méninges.

Il y avait ainsi plus de généralisation qu'il n'en était apparemment.

Il ne s'est pas agi non plus d'un œdème cardio-vasculaire ou rénal, il n'y a pas eu d'albumine dans les urines du petit malade.

Il est donc certain que c'est un œdème infectieux, mais un œdème d'un type un peu anormal.

Nous indiquerons en passant que dans ce cas particulièrement complexe où le diagnostic était très délicat, la ponction lombaire, faite par M. Gueit, venant démontrer l'existence d'un œdème séreux des méninges, accompagnant l'œdème du cuir chevelu, ce même diagnostic s'est vu simplifier ; il était prouvé qu'on avait affaire à un œdème infectieux étendu. C'est là un mode de diagnostic qui dans certains cas pourra rendre des services.

Ainsi qu'on le voit, un œdème peut survenir, avec des caractères cliniques assez variables, au cours de nombreux états infectieux qui peuvent se développer chez l'enfant de moins de trois mois, notamment en milieu nosocomial. Il s'agit bien là d'œdème d'origine infectieuse, relevant de lésions ou au moins de troubles fonctionnels des reins.

Ces œdèmes limités sont de deux espèces : la première caractérisée par une rougeur obscure de la peau, avec tuméfaction, marquée par une plénitude remarquable des vaisseaux veineux, qui contiennent une très grande quantité de sang noir liquide, et par une accumulation de sérosité jaune ou légèrement rougeâtre. Cette espèce d'œdème subinflammatoire, survenu dans les derniers temps de l'existence, Valleix l'a rencontré dans trois cas : il occupait toute la partie antérieure du cou, chez deux de ces sujets, et était borné à sa partie gauche chez le troisième ; chez tous, l'infiltration penchait jusqu'au pharynx, dont les muscles étaient entourés d'une couche du tissu œdématié. Les ganglions étaient violacés et paraissaient un peu plus mou et un peu plus gros que dans l'état normal.

Chez deux autres enfants, Valleix a trouvé l'œdème localisé aux extrémités. Borné au pied droit dans un cas, il occupait les deux pieds ainsi que la main droite dans l'autre. Il était aussi survenu dans les derniers jours et se distinguait parfaitement de l'endurcissement œdémateux des nouveau-nés, non seulement par cette circonstance de son apparition tardive, mais encore par ses caractères anatomiques. Dans les cas dont il s'agit, dit Valleix, les tissus œdématiés étaient mollasses et d'une couleur blafarde ; la sérosité qui s'en écoulait était limpide, incolore, et pénétrait entre les muscles jusqu'aux parties les plus profondes. En jetant un coup d'œil sur la description que nous avons donnée plus haut de l'œdème des nouveau-nés on saisira facilement les différences capitales qui existent entre eux. Ces infiltrations se rencontrent indifféremment chez les enfants qui ont été pris de pneumonie ou de muguet et chez ceux qui en ont été exempts.

II. — Causes.

La fréquence de l'œdème simple est cause qu'à l'apparition d'un œdème chez un jeune enfant, c'est à lui que l'on pense tout d'abord. Mais il existe chez l'enfant nouveau-né et le nourrisson dans les premières semaines de la vie, d'autres formes pathogéniques d'œdème, dont la connaissance est de la plus haute importance.

Leur apparition peut révéler, à condition d'en analyser les caractères, certaines affections quasi latentes chez l'enfant. D'autre part, au point de vue pronostique, ces œdèmes symptomatiques comportent une gravité autre que celle de l'œdème simple, dont le pronostic dépend exclusivement du degré de débilité congénitale qui en est la cause.

Causes efficientes. — Nous avons dit que certains œdèmes chez le nouveau-né et le nourrisson relèvent d'une *infection aiguë* et nous avons montré que tous les microbes saprophytes de la peau peuvent leur donner naissance, soit directement, soit secondairement.

Ainsi D'Astros a-t-il pu distinguer ces œdèmes à formes aggravées que des *infections ombilicales* peuvent présenter. Dans certains cas il s'agit de suppurations prolongées de l'ombilic, avec bourgeonnement grisâtre du fond et induration inflammatoire de ses bords : ailleurs l'infection ombilicale se manifeste par un suintement sanguinolent. Dans des faits d'*ictère*, l'œdème infectieux, simple d'abord, persiste en s'accompagnant d'albuminurie. Chez les prématurés œdémateux enfin une *infection* broncho-pulmonaire même légère entretient et augmente souvent l'œdème.

A plus forte raison, les maladies infectieuses chroni-

ques pourront-elles produire des manifestations analogues. En première ligne je ferai ressortir l'influence de l'*hérédo-syphilis*, et c'est un point sur lequel il est bon d'insister. Ici comme précédemment, l'œdème syphilitique, ou des syphilitiques pour être plus exact, peut être précédé d'un œdème simple ou, au contraire, apparaître d'emblée avec ses caractères. Je crois utile d'appuyer cette affirmation de quelques exemples.

Observation V

(D'après D'Astros. — Résumée.)

Chez un enfant l'œdème avait débuté dès le troisième jour de la vie ; il y avait lieu de supposer qu'il s'agissait d'un œdème simple. L'enfant cependant pesait 2 kil. 800, il n'était donc pas bien débile. Cependant l'œdème existait encore le deuxième jour, occupant surtout les membres inférieurs et le prépuce ; la région sus-pubienne était indemne. C'était un œdème mou, gardant facilement l'empreinte du doigt. La suspicion de syphilis était légitime ; la mère avait eu trois avortements, l'un à deux mois, le second à deux mois aussi, le troisième à quatre, puis trois grossesse arrivées à terme, dont celle de ce dernier enfant. Accouchement normal avec placenta un peu volumineux, 570 grammes. Chez l'enfant pas de manifestations cutanées et muqueuses, pas de coryza notamment. Mais la rate était grosse, le foie débordait les fausses côtes, et l'urine contenait une notable quantité d'albumine. L'enfant succomba, malgré le traitement antisyphilique institué. A l'autopsie, on constatait le volume exagéré de la rate, celui du foie à teinte de foie silex, des capsules surrénales très développées et au

sommet du poumon droit des noyaux de pneumonie blanche.

On pourrait citer d'autres faits analogues présentés par le même auteur où sont exposés des faits d'œdème hérédo-syphilitique chez des enfants même plus âgés.

Ces formes d'œdème se montrent dans des cas de syphilis viscérale qui peut évoluer sans symptômes apparents de la peau et des muqueuses, et demande à être recherchée. Tout œdème suspect doit faire rechercher l'existence d'une spléno-mégalie, d'une hépato-mégalie et, dans les cas de cette nature, la constatation d'albumine dans l'urine témoignera que les reins eux-mêmes sont atteints.

Les *affections pulmonaires* peuvent chez le nourrisson déterminer des œdèmes par des causes variées.

En premier lieu peuvent se produire des œdèmes pouvant rentrer dans la catégorie des œdèmes infectieux. Une infection pulmonaire peut retentir sur l'organisme entier et par l'intermédiaire d'un état septicémique sur les reins de l'enfant.

D'autre part, les infections pulmonaires peuvent retentir mécaniquement sur la peau et le tissu cellulaire : telle est la bouffissure du visage que l'on constate dans la grippe et la coqueluche chez les jeunes enfants.

Certains œdèmes peuvent se développer, ainsi qu'Hutinel y a insisté depuis longtemps, à la suite de *troubles digestifs graves* ou *d'entérites*, et peuvent se généraliser dans certains cas sous forme d'anasarque.

Parmi ceux-ci, dont la plupart ne s'accompagnent pas d'albumine dans les urines et doivent être rangés dans les groupes d'œdème par rétention chlorurée, quelques-uns cependant relèvent d'une néphrite plus ou moins bien

spécifiée et doivent prendre place aux côtés de nos œdèmes infectieux.

C'est à ce groupe des œdèmes infectieux consécutifs à des troubles profonds du tube digestif que doivent se rattacher les faits d'œdème survenus au cours du muguet et sur lesquels Valleix depuis longtemps a attiré l'attention.

La cachexie en altérant, détériorant la constitution, finit par s'accompagner d'hydropisie. On ne rencontre guère chez les enfants que la cachexie tuberculeuse qui ait cet effet, et encore faut-il distinguer le cas où les lésions tuberculeuses locales expliquent ce résultat. D'ailleurs cet accident final des cachexies est en lui-même d'une médiocre importance.

Les hydropisies qu'il faut regarder comme plus spéciales à l'enfance sont celles qui ont une marche aiguë et surviennent généralement à l'occasion d'une modification des fonctions de la peau. Cette membrane, remarquable dans le premier âge par la délicatesse de son tissu, par son impressionnabilité, par l'activité des sécrétions dont elle est chargée, peut, sans aucune maladie antérieure, être assez énergiquement modifiée par des actions extérieures pour perdre pendant un certain temps la faculté de dépouiller le sang de ses principes aqueux; alors l'extravasation étant plus active dans le tissu cellulaire et dans les séreuses peut devenir la source d'une hydropisie.

Ainsi, comme pour les œdèmes simples, l'action du froid et de la débilité congénitale ou acquise des sujets entrent-elles en ligne de compte dans l'étiologie des œdèmes infectieux. Elles perdent cependant de leur valeur puisqu'ici la cause efficiente, déterminante doit être le microbe, elles n'ont que la valeur de cause prédisposante.

De même l'âge et le sexe n'ont ici que peu d'importance : nouveau-nés et nourrissons sont aussi exposés les uns que les autres aux mêmes contagions, aux mêmes infections.

Nous voyons donc que, si l'œdème simple du nouveau-né n'offre qu'une étiologie encore complexe et mal définie, au contraire les œdèmes infectieux semblent plus nettement s'exprimer par l'action directe des germes sur les téguments.

Cherchons à établir maintenant comment une infection de la peau ou de l'organisme peut déterminer l'œdème.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Le déterminisme de cet œdème est probablement complexe. La fréquence de l'œdème simple dans les cas de naissance prématurée doit le faire attribuer à l'insuffisant fonctionnement d'organes non complètement développés. Or, à la naissance, la fonction respiratoire est appelée à s'établir brusquement et chez ces prématurés elle ne peut le faire complètement. Je considère que les difficultés de l'établissement de la fonction respiratoire et de la circulation pulmonaire sont des conditions essentielles dans la pathogénie de l'œdème des nouveau-nés. « Chez tous ces œdémateux, dit D'Astros, on constate à l'auscultation, pendant la vie, les signes de l'atélectasie pulmonaire (respiration faible, murmure vésiculaire quelquefois imperceptible), et à l'autopsie se retrouve un état fœtal plus au moins

étendu des poumons. Nul doute pour moi, ajoute-t-il, que là, soit le point de départ des troubles de la circulation périphérique.

Cette stase dans le domaine de la petite circulation, ainsi que l'a montré M. le professeur Baumel (1) pour toutes les lésions de l'appareil cardio-pulmonaire, cette stase amène une dilatation du cœur droit, du ventricule droit, une gêne dans la circulation hépatique et rénale. Qu'il y ait ainsi un certain degré d'insuffisance rénale, c'est possible et même probable, mais elle n'est que secondaire à l'insuffisance respiratoire et à la stase circulatoire, et ne va jamais jusqu'à la néphrite. Il ne s'agit là, comme y insiste M. le professeur Baumel, que de manifestations du foie et du rein cardiaque. L'apparition d'un ictère plus ou moins marqué dans certaines formes démontre encore péremptoirement la gêne marquée qui se trouve apportée de ce fait au fonctionnement de certains organes.

Or, dès qu'un œdème chez le nouveau-né présente des caractères objectifs ou évolutifs un peu différents, il faut rechercher s'il n'existe pas d'autre cause que la débilité congénitale et la prématurité.

Dans cette appréciation, l'époque de début, les caractères objectifs, les localisations, la durée, doivent entrer en ligne de compte plus que l'intensité, et le plus ou moins de généralisation de l'œdème.

Est suspect d'une pathogénèse différente de celle de l'œdème simple, tout œdème débutant plus de qua-

---

(1) L. Baumel. — Leçon clinique des maladies des enfants, *in* Précis des maladies des enfants.

tre jours après la naissance (Valleix, Barrier, D'Astros), et d'autant plus suspect qu'il est plus tardif.

Est suspect, tout œdème qui n'a pas débuté par la région sus-pubienne, pour s'étendre ensuite aux membres inférieurs et notamment au dos des pieds.

Est suspect, tout œdème qui se montre d'emblée *blanc* et *mou*, surtout avec des localisations différentes de celles de l'œdème simple.

Est suspect, tout œdème qui se prolonge plus de trois semaines, plus d'un mois surtout, après la naissance. A cet âge, s'il n'a pas succombé, le prématuré bien soigné doit faire fonctionner sa peau normalement ainsi que ses organes d'hématose, et l'atélectasie pulmonaire ne se manifeste plus que rarement par les signes physiques.

Et, dans ces cas, c'est un véritable état pathologique qu'il faut rechercher, sous la manifestation symptomatique de l'œdème.

D'Astros insiste tout particulièrement sur les formes *aggravées* d'œdème simple. L'adjonction de nouvelles influences morbides en fait des *œdèmes complexes*.

Nous avons vu que les infections les plus diverses du tube digestif, de l'appareil pulmonaire ou des téguments, pouvaient donner naissance à cette variété d'œdème que nous étudions : *les œdèmes infectieux*.

Mais par quel mécanisme cet œdème apparaît-il ?

La plupart des auteurs font jouer un rôle important dans cette pathogénie au trouble du fonctionnement du rein.

Nous avons dit comment la gêne circulatoire dans le domaine de la petite circulation entraînait presque à coup sûr le rein cardiaque et la gêne dans les éliminations des produits de déchets.

Si l'on considère que les produits toxiques microbiens s'éliminent aussi par cet organe, qu'il existe même chez les tout petits une véritable *bactériurie*, on concevra toute l'importance d'une telle constatation.

Mais il faut aussi faire jouer un rôle à la rétention chlorurée qui, tout comme chez l'adulte, peut être le point de départ d'un véritable *mal de Bright* du nouveau-né.

C'est ce qui se constate dans nombre de cas où l'absence d'albumine est nettement spécifiée. Cette rétention des chlorures dans les tissus rend le mieux compte alors de l'apparition de l'anasarque. Elle peut être conditionnée par une insuffisance fonctionnelle des reins pour l'élimination chlorurée. Mais il faut tenir grand compte aussi, ainsi que le fait Hutinel, des troubles de nutrition et des altérations des tissus déjà produits dans l'organisme par l'entérite prolongée ; c'est grâce à eux que l'ingestion des chlorures en excès même relatifs, peut, en dehors des lésions organiques du rein, déterminer ces infiltrations œdémateuses.

Enfin, les maladies infectieuses chroniques produisent des manifestions analogues. C'est ainsi que les lésions tuberculeuses viscérales des nouveau-nés et surtout l'hérédo-syphilis pourront s'accompagner d'œdème par une atteinte plus ou moins étendue de l'appareil rénal. Dans ce cas l'albumine ne fait jamais défaut.

Ce court aperçu de pathogénie nous permet de comprendre le rôle prépondérant dévolu aux toxines microbiennes et à leur action sur le rein dans l'apparition des œdèmes infectieux.

On peut ainsi admettre que, dans la grande majorité

des cas, l'œdème infectieux, quoique d'une pathogénie complexe, est un œdème rénal, et de ce fait se place à côté des œdèmes du mal de Bright et de la néphrite aiguë.

Mais il s'y joint deux facteurs importants d'aggravation, la prématurité ou la débilité et le froid qui, conditions essentielles de l'œdème simple, se retrouvent ici avec toutes leurs conséquences, mais ont dû céder le pas à l'infection qui est ici primordiale.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Cela posé et les faits qui précèdent bien établis, il sera facile au clinicien de faire le diagnostic d'œdème infectieux chez un nourrisson.

Ce diagnostic repose sur trois points essentiels : l'âge de l'enfant, c'est toujours chez des nourrissons de plus de 15 jours que cet œdème survient ;

L'existence chez ce tout petit d'une hydropisie cutanée plus ou moins étendue.

La notion nette et imprécise mais qu'il convient de rechercher avec soin, la notion, dis-je, d'une infection quelconque, aiguë ou chronique en pleine évolution.

Ces faits acquis, avec quelles maladies du nourrisson pourra-t-on confondre l'œdème infectieux?

Il n'y a pas lieu de revenir sur la confusion de l'œdème et du sclérème, nous en avons assez montré au début de

cette étude les dissemblances et établi pour chacun d'eux les caractères propres.

L'œdème simple dit idiopathique survient peu de jours après la naissance et ne persiste pas au delà du quinzième jour, cependant que l'on ait pu en citer des cas indiscutables au delà d'un et même deux mois ; mais ces faits sont exceptionnels et il est établi que l'œdème simple ne va pas plus de deux semaines après la naissance.

La scarlatine fait aussi chez les tout petits des épaississements du derme et peut être considéré comme un œdème. Or cet œdème est infectieux puisqu'il possède des germes dans son épaisseur et que le streptocoque de Felheisen, prélevé du bourrelet érysipélateux, peut germer, cultiver et reproduire chez un autre individu l'œdème de l'érysipèle.

Mais cet œdème érysipélateux quoique infectieux n'est pas assimilable à l'œdème infectieux du nourrisson. Erysipélateux, c'est un œdème dermique, celui que nous étudions chez le nourrisson est sous-cutané.

D'ailleurs l'étendue et la plaque rouge de l'érysipèle, son bourrelet périphérique, son allure épidermique et contagieuse, suffisent à distinguer l'érysipèle des nourrissons de l'œdème infectieux.

Dans le même ordre d'idées, nous éliminerions l'érythème noueux dont les caractères bien tranchés ne peuvent induire en erreur, cette maladie étant d'ailleurs exceptionnelle chez les tout jeunes nourrissons.

Nous avons ensuite à envisager les œdèmes plus spéciaux à l'enfance et qui peuvent apparaître soit localement, soit sur tout le tégument.

L'œdème local peut être infectieux et révèle *in loco* l'existence du pus sous-jacent : tels sont les œdèmes qui se montrent au niveau d'un point abcédé, qui révèlent

sur la paroi thoracique l'existence de pus dans une plèvre. Mais ce ne sont point là les œdèmes infectieux sans pus que nous avons étudiés. Ici, le pus précède l'œdème; or si dans quelques formes d'œdèmes infectieux nous avons trouvé quelques points abcédés, ces foyers de suppuration n'étaient apparus que secondairement à l'œdème dont l'étendue en général dépassait de beaucoup la collection purulente.

Les œdèmes généralisés qu'il nous reste à différencier sont les œdèmes brightiques ou anasarques simples, hydropisies de la peau accompagnant les hydropisies des séreuses et dont l'existence, sinon problématique, du moins rare chez l'enfant, vient simplifier grandement ce diagnostic.

Ici aussi c'est un œdème rénal que nous avons, mais l'existence d'albumine dans les urines lève tous les doutes. Nous savons que dans les œdèmes infectieux l'albumine fait souvent défaut. Elle ne manque jamais dans les œdèmes brightiques.

Nous n'aurons pas davantage de difficulté à différencier de l'œdème infectieux l'emphysème sous-cutané des jeunes enfants qui vient compliquer la coqueluche. La crépitation particulière au toucher que donne l'emphysème reste le signe le plus caractéristique.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic est grave, grave surtout en hiver, grave aussi en été dans les régions trop chaudes où sévit la gastro-entérite du nourrisson.

La gravité plus grande que celle de l'œdème simple qui guérit par simple mise en couveuse, plus grande que celle de l'œdème local qui guérit par ouverture de l'abcès et pansements aseptiques, plus grande que celle de l'œdème rénal que prévient le régime lacté absolu que vise le régime déchloruré, cette gravité plus grande tient à des conditions particulières qu'il nous suffira d'énumérer :

L'âge de l'enfant qui le soumet à toutes les variations extérieures et ne lui permet pas de lutter efficacement contre leurs mauvais effets.

Le milieu nosocomial, car dans les hôpitaux la contagion des maladies rend celles-ci plus meurtrières chez les

enfants. Le mode d'alimentation : Les enfants nourris au biberon étant plus que tous autres soumis aux infections microbiennes par les germes que leur apporte le lait et les biberons.

La débilité préxistante : Tout enfant athrepsie et chétif mal nourri et s'alimentant mal, étant de ce fait soumis à une mort prochaine pour une cause minime.

L'intensité de l'infection concomitante, grippe, coqueluche, et surtout broncho-pneumonie et gastro-entérite entraîne un pronostic plus fâcheux encore.

La syphilis, si elle est traitée, peut n'avoir pas la même gravité.

On ne devra pas attacher une importance trop grande au point de vue du pronostic à l'apparition en un point d'un abcès localisé. Celui-ci au contraire pourra avoir l'effet d'un abcès de fixation. Cependant il ne devra pas être recherché et l'on ne saurait admettre l'idée de provoquer des abcès même aseptiques de térébenthine ou d'huile de croton chez des tout petits dont l'organisme n'aurait qu'à souffrir encore davantage de cette énorme déperdition en leucocytes qui forment les globules de pus.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

De ce qui précède il résulte que le traitement des œdèmes infectieux des jeunes enfants aura à tenir compte d'une pathogénie aussi complexe que celle que nous avons envisagée.

Il y aura lieu d'envisager pour chaque cas en particulier les indications thérapeutiques fournies par les éléments étiologiques et pathogéniques, celles fournies par les éléments symptomatiques.

1° *Indications tirées des éléments étiologiques.* — Elles consisteront à prescrire pour les petits malades les soins minutieux de la peau et l'hygiène prophylactique des maladies organiques, microbiennes et contagieuses.

Le plus grand soin sera apporté à la toilette du nourrisson, qui sera relangé et nettoyé à l'éponge toutes les fois que cela sera nécessaire.

Une température douce et toujours la même sera maintenue autour de l'enfant, surtout en hiver, où on

évitera de l'exposer au froid et aux variations trop brusques de température.

La mise en couveuse, si utile et indispensable dans les cas d'œdème simple du nourrisson, ne se présente pas ici avec la même nécessité. Cependant on pourra y recourir dans bien des cas et l'on ne se trouvera pas mal de ce moyen. On facilite ainsi grandement pour le petit malade les moyens de défense de son organisme en augmentant son pouvoir de calorification.

Mais, de toutes les indications étiologiques que nous avons à envisager, il conviendra surtout de s'occuper des agents microbiens ayant déterminé l'œdème infectieux. Contre chacun d'eux l'on aura des méthodes de traitement qui varieront, mais l'indication est formelle : il faut lutter contre l'infection et le microbe.

Les médications spécifiques seront mises en vigueur toutes les fois que la tuberculose ou plus souvent la syphilis pourront être incriminées.

Dans la tuberculose, nous voyons prescrire à notre maître, M. le professeur Baumel, le sirop de Vacheron au carbonate de gaïacol (1) (une 1/2 cuillerée à café matin et soir, soit environ 0 gr. 04 de carbonate de gaïacol).

Dans la syphilis on prescrira de même la liqueur de Van Swieten (XX gouttes) ou les frictions à l'onguent mercuriel simple.

Mais notre action bactéricide et antimicrobienne sera bien moins active lorsqu'il s'agira de combattre des microbes banaux, staphylocoques ou streptocoques, pneumocoques ou colibacille.

---

(1) Une cuillerée à bouche (20 gr.) contient 0 gr. 15 de carbonate de gaïacol.

Contre ceux-là les médicaments spécifiques manquent. Les sérums tant de fois lancés, tant de fois reniés par ceux-là mêmes qui les avaient le plus prônés, sont loin à l'heure actuelle d'avoir fourni leurs preuves. Les sérums polyvalents de Marmorek contre les staphylocoques pyogènes sont encore trop récents pour n'être pas suspects des mêmes objections que les sérums essayés précédemment. Ils restent encore à l'étude.

Rien n'empêche même chez les tout petits de prescrire les frictions au collargol dont on obtient de si grands résultats chez les adultes infectés.

Les injections d'électrargol à la dose de 2 à 5 cc. chez les tout jeunes enfants sont parfaitement supportées.

Les soins énergiques, les médications appropriées des différentes maladies infectieuses pulmonaires, gastro-intestinales ou autres seront à titre prophylactique un bon moyen de prévenir les œdèmes infectieux.

2° *Indications tirées des éléments pathogéniques.* — Pour rendre les contractions de cœur plus actives et plus efficaces, les anciens préconisaient la saignée. Et facilement ils plaçaient plusieurs sangsues, à un ou deux jours d'intervalle, au fondement, à l'épigastre, dont les résultats étaient, paraît-il, merveilleux.

Les frictions stimulantes du thorax (eau de Cologne, huile de camomille, pommade camphrée), l'application d'une vessie de glace sur la région précordiale, l'ingestion d'un peu de vin, de quelques gouttes de cognac, la faradisation, les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées de caféine, des partéine, d'huile camphrée, semblent avoir réussi dans certains cas. Tous ces moyens peuvent momentanément stimuler le cœur ; mais ce qui leur permettra d'acquérir une énergie durable et suffisante, c'est l'alimentation, l'allaitement naturel, le gavage

quand l'enfant sera trop faible pour teter, le lait d'ànesse quand, l'allaitement artificiel étant inévitable, le lait de vache n'est pas digéré.

3° *Indications tirées des éléments symptomatiques.* — Plusieurs méthodes de traitement ont été consultées contre les œdèmes infectieux. Ces moyens sont médicaux ou chirurgicaux, et tous analogues à ceux qu'on dirige contre les autres hydropisies.

Ainsi on a employé les diurétiques, les sudorifiques, les purgatifs et les révulsifs cutanés (?) De tous les purgatifs c'est le *calomel* qui a été le plus généralement préconisé, peut-être à cause de l'effet altérant qui s'ajoute à son action sur le tube intestinal. Aussi joint-on fréquemment à son usage l'emploi des frictions mercurielles.

Un praticien anglais, M. Reid Clauny, a eu recours à l'emploi du calomel à très haute dose, et a soutenu que cette médication employée avec toute l'énergie possible est extrêmement efficace. Il est vrai que ce médecin ne négligeait pas les évacuations sanguines au moyen des sangsues et des ventouses, ni l'application des sinapismes et des vésicatoires. Nous aimons à croire que chez ses petits malades il n'existait aucune atteinte du rein.

Il prescrivait le calomel à la dose de 25 à 30 cent., à prendre toutes les 4 ou 5 heures ; il continuait cette médication jusqu'à ce que l'intestin et les reins sécrètent une grande quantité de liquide. M. Clauny vante très haut les résultats de sa méthode. Mais il est difficile de croire complètement aux succès de l'auteur qui, pour les rendre plus vraisemblables, aurait dû publier des observations détaillées (1).

---

(1) Voir le *Journal des connais. méd.-chirurg.*, février 1837, p. 70.

Il faut rapprocher des préparations mercurielles, l'iode qui paraît aussi avoir réussi dans quelques cas. La coïncidence assez fréquente de l'œdème avec la tuberculose et le rachitisme, que l'on peut jusqu'à un certain point considérer comme la cause prochaine du mal, rend assez facilement compte des succès obtenus par l'iode et d'autres médicaments antiscrofuleux, tels que l'huile de foie de morue, les solutions de phosphate de chaux, etc.

Avant de prescrire les purgatifs, il faut être sûr que l'état des voies digestives ne les contre-indique pas. Si, par exemple, il existe une diarrhée abondante, et surtout si ce flux se lie à un état inflammatoire, ils sont dangereux parce qu'ils peuvent augmenter la phlegmasie, ou au moins inutile puisque la diarrhée qu'ils doivent produire s'est établie spontanément. En l'absence de ces contre-indications on ne doit pas hésiter à prescrire un purgatif doux. D'ailleurs les effets des purgatifs seront toujours surveillés avec soin, et l'on en suspendra l'usage aussitôt qu'ils sembleront dépasser le but qu'ils doivent seulement atteindre.

Les diurétiques conviennent aussi, mais céderont le pas à l'allaitement qui sera surveillé et réglé avec soin, le lait restant, même pour les tout petits, le meilleur diurétique.

Chirurgicalement on agira sur les abcès simples ou multiples qui peuvent apparaître chez un nourrisson, et les soins apportés dans les pansements seront la meilleure prophylaxie de l'œdème infectieux.

D'ailleurs toute intervention sera aussi peu étendue que possible, une simple ponction suffisant généralement. Ainsi seront prévenues les complications par infections surajoutés, par association microbienne.

CONCLUSIONS

Nous admettrons comme conclusions à notre travail qu'il n'y a plus à discuter à l'heure actuelle sur l'identité ou la non-identité de l'œdème et du sclérème.

Ce sont deux maladies bien distinctes et de causes toutes différentes.

Les œdèmes infectieux, surtout chez les nourrissons, sont pour la plupart symptomatiques d'autres infections : pulmonaires, digestives, etc., causes efficientes multiples, qui peuvent coïncider, mais pour lesquels l'état antérieur du sujet, dystrophie ou athrepsie, constitue, avec le froid de l'hiver, les causes prédisposantes essentielles.

Il faut d'autre part convenir que, si dans nombre de cas typiques les distinctions de formes locales et générales sont très nettes, il peut exister des cas non moins typiques où une telle distinction est presque impossible.

L'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Baumel, et que nous publions dans notre thèse, est un exemple de ces formes com-

plexes où encore l'œdème initial s'est compliqué d'une suppuration, qui à la faveur de cet œdème a pu s'étendre, abcès circonscrit devenu abcès étendu à tout le cuir chevelu.

En terminant, il y a lieu de considérer que le traitement devra avant tout être pathogénique et causal ; en tout cas la mise en couveuse, quoique utile dans certaines formes, ne s'impose pas avec la même netteté que pour l'œdème simple. Elle reste bien des fois sans résultats, et ne doit être employée que comme médication adjuvante.

BIBLIOGRAPHIE

Achard et Paisseau. — Sur l'œdème provoqué par les infections salines chez les nourrissons athrepsiques (Soc. méd. des hôpitaux, 3 juillet 1903).

Alard. — De l'inflammation des vaisseaux absorbants, lymphatiques, dermoïdes et sous-cutanés (Paris, 1824).

Andral. — Cliniques.

Andry. — Encyclopédie méthodique, t. V, p. 518.

Artus. — Contribution à l'étude des œdèmes d'origine nerveuse (Thèse de doctorat, Paris, 1884).

Ashby et Wright. — Les maladies des enfants (Londres, 1892).

Audebert. — Origine de l'hydropisie généralisée du nouveau-né. (Rev. mensuelle des maladies des enfants, 1897).

Auvity. — De l'endurcissement du tissu cellulaire, 1788.

Barrier (F.). — Traité pratique des maladies de l'enfance, 1845, t. II, p. 625.

Baginsky.— Sur le choléra infantile (Arch. für Kinderheilk., 1890, vol. XII).

Bartet. — Maladie des reins. Annotation de Lépine.

Baumel (L.). — Cliniques, 1893, XVI[e] lecon, p. 195.

— Précis des maladies des enfants.

— Thèse d'agrégation.

Barthélemy. — L'anasarque dans la gastro-entérite infantile (Gaz. méd. de Nantes, 17 déc. 1904).

Baur. — Sur les œdèmes (Thèse de doctorat, Paris, 1887).

Besnier. — Article Anasarque (Dictionnaire encyclopédique).

Billard. — Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle, 1828.

Blanche. — Essai sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés (Thèse de Paris, 1834).

Bouchut. — Manuel pratique des enfants nouveau-nés et à la mamelle (Paris, 1845).

— Traité des maladies des nouveau-nés, 1855.

Brick. — De l'œdème généralisé aigu (Intern. Klinic. Rumdchau, 1887).

Caussade et Leveu. — Soc. de biologie, 19 mars 1904.

Cassel. — Münch. med. Wochenschrift, 1900. Cité par Barthélemy.

Cautley (E.). — OEdema in infancy (Polyclinic London, 1906, X, 155).

Chauffard. — Les affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané (Thèse d'agrégation, Paris, 1886).

Cénas. — Les œdèmes infectieux (Loire médicale, 1886).

Colleville. — Essai sur quelques variétés d'anasarques sans albuminurie (Thèse Paris, 1885).

Comby. — Note sur l'œdème aigu rhumatismal (Progrès médical, 1880).

— *In* Grancher-Comby-Marfan, article OEdème et sclérose des nouveau-nés, p. 236, t. V, 1898.

Davaine. — Contribution à l'étude du rhumatisme (Thèse Paris, 1879).

D'Astros. — Les œdèmes chez le nouveau-né et le nourrisson (Revue des maladies de l'enfance, sept. 1907).

Denis. — Rech. d'anat. et de physiol. path. sur plusieurs maladies des enfants nouveau-nés (Commercy, 1826).

— De l'ictère et de l'endurcissement du tissu cellulaire chez les enfants nouveau-nés (Thèse de Paris, 1824).

Depaul. — Article Nouveau-né (Dictionnaire de Dechambre).

Dugès (de Montpellier). — Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfants nouveau-nés (Paris, 1821).

Doublet. — Journal de médecine, 1785.

Dumas (Léon) (de Montpellier). — De l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens (Annales de gynécologie, déc. 1887 et janv. 1888).

Feuillé (E.). — Abcès provoqués et œdèmes expérimentaux (Compte rendu de la Soc. de biologie, Paris, 1907, t. XII, 856-858).

Fernet. — Rhumatisme articulaire aigu (Thèse Paris, 1865).

Filatow. — Diagnostic et séméiologie des maladies de l'enfance. Trad. Périer. Paris, 1899.

Follet. — Revue française de méd. et de chirurgie, 1904, n° 48, p. 1019.

Galvani et Mazzetti. — « Contributio allo studio dell' idiope anasarca essenziale » (Giornale intern. delle scienze med., t. XI).

Germain Sée. — Leçon de pathologie générale (Cliniques de la Charité, Paris, 1886).

Goodhart. — « Anasarque des enfants sans albuminurie » (Guy's hospital reports, t. XIII, Londres, 1884).

Grisolle. — Pathologie interne.

Hutinel. — L'anasarque dans les entérocolites graves des jeunes enfants (Revue des maladies de l'enfance, juillet 1904).

— Traité des maladies des enfants, 1909, t. IV, p. 590.

— Des températures basses centrales (Thèse d'agrégation, Paris, 1880).

Knöpfelmacher. — Adiposclérème (Club médical de Vienne, 1897).

Lascols. — Des anasarques sans albuminurie ni lésions viscérales (Thèse de Lyon, 1897).

Le Clerc. — De l'œdème périphérique (Soc. méd. des hôpitaux, 28 oct. 1898).

Lereboullet et Marcoreles. — L'œdème et l'anasarque chez le nourrisson (Soc. de pédiatrie, décembre 1908).

Lœper et Laubry. — Gaz. des hôpitaux, 12 déc. 1904.

— Maladies de l'appareil circulatoire et du sang (Manuel Debove-Achard, Paris, 1905).

Leger. — De l'endurcissement du tissu cellulaire (Thèse de Paris, 1823, n° 66).

Maillet et Gueit. — Un cas d'œdème infectieux du nourrisson (Gaz. des hôpitaux, juillet 1911).

Mathieu et Weil. — Etude sur certains œdèmes névropathiques (Arch. gén. de médecine, 1885).

Magnus. — Sur l'apparition de l'œdème à l'aide de la pléthore hydrémique expérimentale (Archiv. für exp. Path. und Pharmakol., 1899, Bd. XLII, 2-4, p. 250).

Meyer. — Deutsche med. Wochenschrift, 1905, n° 37, p. 1464).

Méry. — L'œdème primitif des nourrissons (Arch. gén. de clinique et de thérapeutique, Paris, 1907, XXI, p. 439).

Moissan. — De l'anasarque sans albuminurie spéciale considérée chez les enfants (Thèse Paris, 1887).

Nobécourt et Vitry. — Société de pédiatrie, décembre 1903.

— Revue mensuelle des maladies de l'enfance, mars 1904.

Olliviers d'Angers — Traité des maladies des nouveau-nés.

Parrot. — Leçons sur l'athrepsie (Progrès médical, 1875, 2 fasc.).

— L'athrepsie, Paris, 1877.

Palleta. — Recherches sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés (Annales univ. de méd., novembre et décembre 1833).

— Archives générales de médecine, mai 1834. Trad. de M. Bailly.

Pétroni (G.-A.). — Edema cronico congenito, trofo-edema di Meige, edema segmentario di Debove, pseudo elefantiasi di altri autori (Pediatria Napoli, 1907, 2 s., V, 521-536).

Picot. — Pathologie générale.

Potain. — Lésion rénale et hémianasarque (Gaz. des hôpitaux, 17 février 1883).

— Anasarque de cause nerveuse (Gaz. des hôpitaux, 2 février 1882).

— A propos des pseudo-lipomes et de l'œdème rhumatismal (avec Verneuil) (Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir. pratiques, 1886, p. 689).

Roger. — Archives générales de médecine, 1844.

Rilliet et Barthez. — Traité des maladies de l'enfance.

Rocaz. — Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 1905, n° 45, p. 1019.

Saïbert. — Multiple œdematus swilhing of the shin due to rhumatic vaso-motor affection (The medical Record. Genn. n° 10).

Saunders (A.). — Two cases of congenital œdema (West Lond., M. S. Lond., 1907, xii, 31-33).

Somma (G.). — Lo sclerema dei neonati (2e Congrès italien de pédiatrie, Naples, 1892).

Sorel. — Anasarque et gangrène cutanée à la suite du traitement de l'entérocolite par les solutions chlorurées (Congrès français de médecine, 7e session. Paris 1904).

Schuringius. — De fœtu frigito e ridido (Embryologie, sect. 3., chap. 1, p. 211).

Stoelzner. — Med. Klinik, 1905, n° 19.

Straus.— Art. hydropisie (Dict. de médecine et de chirurgie).

Tchirkoff. — OEdème vaso-moteur sans albuminurie (Revue de médecine, 1895).

Teissier et Lecreux. — OEdème d'origine vaso-motrice (Province médicale, 1887).

Testelin. — OEdème dans la diarrhée arthritique (Thèse Paris, 1884).

Théaulou. — Pathogénie des œdèmes (Thèse Lyon, 1896).

Troccou. — Essai sur une maladie des enfants nouvellement nés, connus généralement sous le nom d'endurcissement du tissu cellulaire (Thèse de Paris, 1814).

Uzembezius. — Ephémérides des curieux de la nature (1718).

Underwood. — Traité des maladies de l'enfance, 1784 (Traduction française, 1813, p. 628).

Valleix (F.-L.-J.). — De l'asphyxie lente chez les enfants nouveau-nés et principalement de celle que produit la maladie connue sous le nom d'endurcissement, induration, œdème du tissu cellulaire, sclérémie (Paris, 1865).

— Clinique des maladies des enfants nouveau-nés (Paris, 1838, p. 601.

Vezeaux de Lavergne. — De l'anasarque aiguë *a frigore* (Thèse Paris, 1887).

Variot. — Accidents graves provoqués par la privation du lait et l'usage prolongé du bouillon de légume salé chez un nourrisson eczémateux (Soc. méd. des hôpitaux, février 1906).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 18 juillet 1911.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 juillet 1911.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE